

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

38

Année 1906

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 juillet 1906, à 1 heure

Par E. VAILLE

Contribution à l'étude

ANATOMIQUE, PATHOGÉNIQUE ET CLINIQUE

DES RÉTROVERSIONS UTÉRINES

Président: M. BUDIN, professeur.

*Juges: { MM. BONNAIRE, DEMELIN, agrégés.
BRINDEAU, agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	ROGER.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
Clinique thérapeutique	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	des trav. anat.)
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDEAU	GOUGET	MARION	THIROLOIX
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELME	MERY	WALLICH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMLIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR O. VAILLE

A MA MÈRE

A MA SCEUR ET A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A TOUS MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Lorsqu'on parcourt la bibliographie de la rétroversion utérine, on est frappé du nombre considérable de monographies, thèses, mémoires et autres genres de publications écrites sur le traitement de cette affection et du petit nombre de celles qui s'occupent des conditions étiologiques, de l'étude clinique et des lésions anatomo-pathologiques. De même les traités de chirurgie et de gynécologie s'étendent longuement sur les divers modes de traitement et n'accordent qu'une courte mention aux autres chapitres. Cette conduite s'explique jusqu'à un certain point, car il est hors de doute que le traitement des rétroversions utérines est le point capital de leur étude. Mais nous pensons qu'il ne faut pas exagérer dans ce sens et qu'il y a un certain intérêt pratique à connaître les causes de la rétroversion, son déterminisme pathogénique, ses symptômes habituels, ses complications, sa manière d'être pendant la grossesse.

Ayant eu, au cours de nos études, l'occasion de suivre

de près plusieurs cas de rétroversion, intéressants à divers titres, l'idée nous est venue d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Mais laissant volontairement de côté le traitement, d'ailleurs fort bien exposé dans une récente et excellente thèse (1), nous nous occuperons seulement de l'étude anatomique, pathogénique et clinique des rétroversions utérines.

1. FERRY, *Thèse de Paris*, 1906.

DEFINITION

Que faut-il entendre par rétroversion utérine ? Evidemment la déviation en arrière de l'ensemble de l'utérus (corps et col). Mais ce n'est pas là une définition précise. Il faut dire où et quand commence la rétroversion, et, pour cela, rappeler tout d'abord la direction de l'utérus par rapport au vagin et à l'excavation pelvienne, ainsi que la position normale des deux segments de l'utérus, le segment cervical et le segment corporel. Or, nous savons, à ce sujet, que « dans sa position primitive (1), type ou normale primaire, c'est-à-dire dans la position qu'occupe chez la femme vivante, vierge ou multipare, considérée dans la position debout, le bassin ayant son inclinaison et ses dimensions habituelles, le plancher pelvien sa configuration et sa résistance physiologiques, la vessie et le rectum étant vides ou à peu près », l'utérus tout

1. RIEFFEL in *Traité d'anatomie*, de POIRIER et CHARPY. T. V, p. 417.

entier est un *antécourbure* à la fois *antéversé* et *antéfléchi*. Antéversé, car son axe ne se confond pas avec l'axe du bassin, la base étant en avant de l'axe pelvien, le col en arrière. Antéfléchi, car l'axe du corps fait avec l'axe du col un angle de 100° à 120° . « Ainsi, l'axe du corps est à peu près horizontal et le fond, qui n'atteint pas alors le plan du détroit supérieur, est à quelques centimètres derrière la symphyse pubienne (20 à 25 millimètres) » (1).

Quant au vagin, son axe est « à peu près perpendiculaire à l'axe du col utérin ».

Connaissant maintenant la direction type de l'utérus, quelle définition anatomique pouvons-nous donner de la rétroversion? Allons-nous dire qu'il y a rétroversion toutes les fois que l'axe utérin dans son ensemble se trouve déplacé en arrière par rapport à la situation normale? Certes non, car si ce déplacement n'est pas très grand, l'utérus sera encore en antéversion (ce qui est sa position normale) au lieu d'être en rétroversion.

Pourrons-nous admettre que la rétroversion commence quand l'axe utérin est en arrière de l'axe pelvien? Pas davantage, car il peut, dans ce cas encore, occuper une position telle que l'utérus soit en antéflexion, position qui ne saurait coexister avec la rétroversion.

Comment donc définir *anatomiquement* la rétroversion? En réalité cela est très difficile. La plupart des

1. RIEFFEL. *Loc. cit.*

auteurs donnent de la rétroversion une définition *clinique* : ils disent qu'il y a rétroversion lorsque le toucher vaginal permet de reconnaître le corps de l'utérus dans le cul-de-sac recto-vaginal. Mais si l'on veut donner une définition anatomique, on devra dire que la rétroversion commence lorsque l'axe utérin forme avec l'axe vaginal un angle à sinus postérieur (quelle que soit l'ouverture de cet angle) au lieu de former un angle à sinus antérieur comme à l'état normal.

Cette définition nouvelle agrandit le cadre des rétroversions et nous permet de comprendre pourquoi il peut exister des rétroversions silencieuses au point de vue clinique, bien que réelles au point de vue anatomique. Mais en pratique le fait est relativement rare, car l'utérus est par lui-même un organe en équilibre instable, subissant incessamment les influences de voisinage. Dès qu'il n'a plus son antécourbure normale et qu'il se porte en arrière, il ne lui est guère possible de s'arrêter à mi-route, dans une position qui ne serait ni l'antéversion ni la rétroversion. Les anses intestinales pèsent de tout leur poids sur l'utérus et l'obligent soit à reprendre sa position antérieure normale, soit à tomber en arrière en rétroversion manifeste.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'après la définition que nous avons donnée de la rétroversion, on conçoit déjà quelle sera la position générale de l'utérus. Contrairement à ce qui a lieu à l'état normal, le col est antérieur par rapport au corps et il est plus rapproché de la symphyse pubienne que du sacrum ; le corps, au contraire, est porté en arrière et voisin des vertèbres terminales. Schultze (1), dans son très remarquable *Traité des déviations utérines* a voulu donner une mesure précise des rétroversions, en établissant pour chaque cas le rapport entre le fond de l'utérus et la vertèbre correspondante. Les rétroversions peu marquées peuvent correspondre à la dernière vertèbre lombaire ou au promontoire. Les rétroversions plus accentuées descendent plus bas, au niveau des vertèbres sacrées, de la première à la dernière. Enfin les rétroversions extrêmes font correspondre le fond

1. SCHULTZE. *Traité des déviations utérines*, traduit par HERGOTT. Paris, 1884.

de l'utérus avec le coccyx. De là trois degrés dans les rétroversions :

Les rétroversions lombaires, très rares ;

Les rétroversions sacrées, les plus fréquentes ;

Les rétroversions coccygiennes, rares.

On conçoit d'ailleurs que les rétroversions de ce dernier groupe ne sont compatibles qu'avec un certain abaissement du col et de l'utérus, en totalité. Et de fait cet abaissement utérin véritable prolapsus, est constamment noté dans ces cas. Cela n'a rien de surprenant car la rétroversion s'accompagne souvent d'affaiblissement du plancher pelvien, de relâchement des moyens de fixité et surtout de suspension de l'utérus, enfin de relâchement du vagin lui-même.

Les *modifications du vagin* sont intéressantes. Elles portent tout d'abord sur la paroi antérieure qui, comme nous le disons, s'affaisse dans une certaine étendue pour permettre le prolapsus utérin. Elles portent ensuite sur le cul-de-sac vaginal postérieur dont la profondeur est augmentée, mais surtout dont les rapports avec le cul-de-sac péritonéal rectovaginal (cul-de-sac de Douglas) sont intervertis. En effet, on sait qu'à l'état normal le péritoine pelvien après avoir revêtu la face postérieure de l'utérus descend sur la portion la plus élevée de la face postérieure du vagin pour se réfléchir ensuite sur le rectum. De cette façon le cul-de-sac ainsi formé et qui n'est autre que le cul-de-sac de Douglas se trouve postérieur au cul-de-sac vaginal postérieur. Mais lorsque l'utérus s'abaisse et entraîne le vagin dans sa chute le cul-de-sac postérieur du vagin se déplace et se porte un

peu en arrière. Le péritoine forme alors un repli en cul-de-sac en avant du cul-de-sac vaginal. Or ce repli en cul-de-sac n'est autre que le Douglas devenu ainsi antérieur par rapport au cul-de-sac vaginal postérieur. Cette disposition s'observe très nettement sur des coupes de cadavres congelés, comme le fait justement remarquer Delbet.

Revenons maintenant à l'étude de l'utérus rétroversé et voyons quelles sont ses altérations. À ce point de vue il y a lieu de distinguer d'une part les rétroversions congénitales et d'autre part les rétroversions acquises.

Dans les *rétroversions congénitales* l'utérus est peu volumineux et semble resté à l'état infantile. La paroi cervicale postérieure est plus développée que l'antérieure.

Dans les *rétroversions acquises*, de beaucoup les plus fréquentes d'ailleurs, l'orifice externe est souvent entr'ouvert, la portion vaginale est allongée. Le col dans son ensemble est gros, congestionné avec une muqueuse souvent ectropionnée. Le corps est, en général, augmenté de volume, la cavité utérine plus profonde (7,8,9 cm.). Les parois utérines sont hypertrophiées et particulièrement la paroi postérieure qui est deux ou trois fois plus épaisse que l'antérieure, comme l'a montré Pichevin (2). Enfin sur la paroi pos-

1. P. DELBET in *Traité de chirurgie* : DUPLAY-RECLUS, T. VIII p. 231.

2. DOLÉRIS ET PICHEVIN, *La pratique gynécologique*, Paris 1896.

térieure du corps utérin. Le Dentu a signalé l'exagération de la crête médiane normale de l'utérus (1).

HISTOLOGIQUEMENT la *muqueuse* utérine est souvent altérée. Tantôt elle est atteinte de métrite chronique avec catarrhe, tantôt elle est simplement le siège de phénomènes de congestion ou de stase ; il n'y a pas métrite, bien que les malades se plaignent dans ce cas des troubles fonctionnels qui accompagnent ordinairement les métrites. Mais en les examinant attentivement on ne tarde pas à découvrir qu'il s'agit alors d'un de ces cas décrits par Doléris sous le nom de fausses métrites (2). Il n'y a ici nulle part pour l'infection et les troubles fonctionnels sont d'origine purement mécanique. En effet, l'utérus en tombant en arrière imprime à ses ligaments un certain degré de torsion ainsi qu'aux vaisseaux contenus dans les ligaments.

Il en résulte un certain degré de stase vasculaire, et plus particulièrement veineux, parce que les veines se prêtent plus facilement à la compression que les artères. La compression engendre la stase, facteur de congestion constante du muscle utérin avec épaissement consécutif des parois et sclérose lente ; facteur d'œdème de la muqueuse avec écoulement glaireux consécutif. Cette hypertrophie musculo-connective et cet écoulement glaireux peuvent en imposer pour une métrite vraie, mais la preuve qu'il s'agit seulement d'une

1. LE DENTU. *La crête médiane postérieure du corps de l'utérus envisagée comme signe de rétrodéviation*. Bull. Soc. Chirurgie, 1895, t. XXI.

2. DOLÉRIS. *Les fausses métrites*. Paris.

pseudo-métrite, c'est que tous ces troubles disparaissent avec une remarquable rapidité après le redressement opératoire de l'organe.

Donc, et nous le répétons à dessein, au point de vue des altérations histologiques de l'utérus, il y a deux groupes de faits :

Dans un premier groupe l'organe est atteint d'inflammation chronique. Il y a métrite vraie, le plus souvent antécédente à la rétrodéviation et génératrice souvent de la malposition. Le redressement dans ces cas ne guérit pas la métrite.

Dans un second groupe la rétroposition est le phénomène protopathique et la congestion et l'œdème muqueux sont secondaires. Il y a fausse métrite curable par la reposition de l'organe.

LÉSIONS CONCOMITANTES. — L'intérêt des lésions concomitantes est considérable, au point que certains chirurgiens les considèrent comme le point capital, la déviation n'étant qu'accessoire. Pour ces derniers, la rétrodéviation n'est rien, « il faut la rayer du cadre nosologique (1), » et porter tout son effort vers les lésions concomitantes. C'est peut-être un peu exagéré, mais il est incontestable que la restauration d'un périnée affaibli, l'ablation d'un pyosalpinx unilatéral ou d'un ovaire très malade peuvent guérir la patiente en lui laissant une rétroversion bénigne et facilement tolérée. Ou bien l'utérus, libéré de ses adhérences, re-

1. S. Pozzi. *Des indications du traitement opératoire dans les rétrodéviations de l'utérus. Revue de gynécol. et de Chir. abd.* mai-juin 1897, n° 3.

prend spontanément une position normale. Enfin, quand les lésions tubaires et ovariennes sont bilatérales et très prononcées, il est incontestable qu'elles méritent plus d'attention que la déviation secondaire qu'elles ont produites. La conduite à tenir n'est évidemment pas de redresser la matrice, mais de s'attaquer de front aux lésions concomitantes, d'extirper les organes malades et souvent d'enlever en même temps l'utérus dévié.

Ces considérations nous font entrevoir déjà quelles lésions peuvent accompagner les rétroversions. On a tout vu : hydro ou pyosalpinx, ovarite scléro-kystique, ovarite purulente, salpingo-ovarite simple prolabée et adhérente dans le Douglas, périovarite, périsalpingite, périmétrite, en somme toutes les variétés de lésions infectieuses annexielles, périannexielles et périutérine uni ou bilatérales.

Mais les lésions les plus importantes pour l'étude qui nous occupe sont certainement les *adhérences* que contracte l'utérus. Elles sont capitales, car elles constituent les agents de la déviation, qu'elles produisent et qu'elles maintiennent. Les adhérences se font entre l'utérus et le rectum, les annexes, les parois du bassin. Elles sont de deux ordres : tantôt il s'agit de tractus conjonctifs allant de l'utérus au rectum et aux parois latérales du pelvis ; tantôt, ce sont des adhérences très courtes amenant la fusion entre la paroi utérine et la paroi rectale, de telle sorte qu'il existe une cloison recto-utérine, continuant la cloison recto-vaginale, au lieu et place du cul-de-sac de Douglas.

On a beaucoup discuté la pathogénie de ces adhérences utérines. Deux opinions s'opposent : les adhérences pourraient être pour les uns d'origine utérine exclusivement, c'est-à-dire que l'inflammation utérine, en dehors de toute inflammation annexielle concomitante, pourrait se transmettre au péritoine (par la voie lymphatique par exemple) et créer des adhérences. Pour les autres, ce processus ne serait pas ; les adhérences reconnaîtraient toujours comme *primum movens* une lésion annexielle. La question n'est pas tranchée jusqu'ici, mais il semble bien que la vérité soit du côté de la seconde théorie.

Il nous reste maintenant à étudier les lésions concomitantes dans les cas où l'utérus est libre, sans adhérence aucune et les annexes saines. En réalité ce sont moins, dans ces cas, des lésions concomitantes que des troubles de statique et des modifications topographiques des organes juxta-utérins.

La déviation de l'utérus entraîne forcément un déplacement des ligaments larges et des annexes. Les *ligaments larges* subissent une certaine torsion qui fait supérieure leur face antérieure. Les *ligaments utéro-sacrés* sont relâchés. Les *ligaments ronds* sont affaiblis et distendus (1). Le *ligament infundibulo-pelvien* se tend et comme il est suspenseur de l'*ovaire*, il sert de pivot à cet organe qui décrit alors un mouvement de

1. Cette distension des ligaments ronds n'est rien moins que prouvée. Certains auteurs affirment au contraire que les ligaments ronds ne s'allongent pas dans les rétroversions. Tel est l'avis de Ziegenspeck. *Arch. f. Gynæk*, 1887, XXXI, p. 1.

bascule. La bascule de l'ovaire a pour effet de le porter en arrière et en dedans. La *trompe* suit ce mouvement et se porte aussi en arrière. Lorsque le déplacement est plus considérable, on constate un vrai prolapsus de l'ovaire qui fait un plongeon dans le cul-de-sac de Douglas.

La *vessie* garde sa position normale mais le cul-de-sac vésico-utérin a tendance à s'effacer.

Le *rectum* peut-être comprimé par l'utérus et présenter de la rectite.

On a parfois observé l'inflammation des *nerfs pelviens*.

ÉTIOLOGIE PATHOGÉNIE

Au point de vue étiologique il y a lieu de distinguer :

Les rétroversions congénitales,	
— — —	infantiles,
— — —	acquises.

A. — RÉTROVERSIONS CONGÉNITALES. — Elles ne méritent qu'une courte mention car, d'une part, elles sont très rares et, d'autre part, elles ont ordinairement peu d'importance pratique. Le petit développement de l'utérus permet que l'affection ne détermine guère de troubles de compression et de douleur, et elle est en général assez facilement tolérée. Nous avons observé un cas de ce genre qui avait donné lieu à si peu de symptômes que la lésion avait passé inaperçue pendant la vie et ne fut reconnue qu'à l'autopsie. Nous rapportons cette observation à la fin de notre travail.

La rétroversion utérine congénitale est due à un arrêt de développement comme en témoigne l'état infantile

de l'utérus dans ces cas, ainsi que l'avons décrit au chapitre de l'anatomie pathologique.

B. — RÉTROVERSIONS INFANTILES. — A côté des rétroversions congénitales, il faut placer un second type étiologique qui n'est pas beaucoup plus fréquent et qui a de grandes analogies pathogéniques avec le type précédent.

Le vice initial serait, d'après Schultze, l'insertion défectueuse du col sur le vagin, insertion telle qu'elle ne permet pas au col de fléchir sur le vagin comme cela se fait d'ordinaire. L'utérus tend alors à rester dans le prolongement du bassin. Alors apparaissent des causes adjuvantes : la plénitude ou plutôt l'évacuation incomplète de la vessie, le poids des anses grèles, facteurs qui rétropulsent l'utérus et le mettent ainsi en rétroversion.

C. — RÉTROVERSIONS ACQUISES. — Le groupe des rétroversions acquises est de beaucoup le plus vaste. Il constitue la règle, les deux autres n'étant que l'exception.

La rétroversion acquise reconnaît des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

1° CAUSES DÉTERMINANTES. — Les causes déterminantes forment deux groupes, l'insuffisance des moyens de fixité de l'utérus et les infections ou inflammations péri-utérines.

a). — *Rétroversions par insuffisance des moyens de fixité de l'utérus.* — Les moyens de fixité ou mieux de soutien et de suspension de l'utérus sont représentés par les muscles du périnée, en particulier par le puis-

sant muscle releveur coccy-périnéal, et par le tissu cellulaire pelvien sous-péritonéal condensé en tractus fibreux en certains points. Ce tissu cellulaire renforcé, *paramétrium* des auteurs allemands, *membrane cervico-vagino-pelvienne*, *aponévrose cache-vaisseaux* de Farabœuf forme essentiellement quatre groupes de cordages :

Un groupe antérieur, *fibres pubo-vésico-vagino-utérines*, dont les *ligaments vésico-utérins* ne sont qu'une dépendance ;

Un groupe postérieur : *fibres sacro-recto-vagino-utérines*, *aponévrose sacro-recto-génitale*, de Pierre Delbet, dont les *ligaments utéro-sacrés* et *utéro-lombaires* ne sont qu'une partie ;

Deux groupes latéraux : *fibres utéro-vagino-vasculo-pelviennes*, *gaine hypogastrique* de Farabœuf.

On a coutume d'ajouter encore comme moyens de fixité de l'utérus les *ligaments ronds* et les *ligaments larges*. Nous pensons que les ligaments ronds sont des vestiges embryologiques et qu'ils n'ont pas d'autre signification anatomique. Quant à leur rôle fixateur il nous paraît tout à fait hypothétique ou tout au moins « très secondaire », suivant l'expression de Tillaux (1). Rappelons qu'ils sont à peine tirillés dans le prolapsus artificiel de la matrice, d'après Legendre et Bastien ; qu'ils ne s'allongent pas dans les rétroversions, d'après Ziegenspeck (2) ; enfin qu'on peut porter l'utérus vers

1. TILLAUX. *Traité d'anatomie topographique*, p. 889, 3^e édit.

2. *Loc. cit.*

le sacrum sans qu'ils subissent la moindre tension, d'après Mackenrodt (1).

Quant aux ligaments larges il suffit de s'entendre sur les termes. Ils comprennent une partie inférieure, base des ligaments larges, qui n'est autre que la gaine hypogastrique à laquelle nous avons reconnu une part dans la fixation de l'utérus; et une partie supérieure, le mésalpinx, organe vélamenteux, flottant et sans action sur le maintien de la statique utérine.

Expliquons maintenant comment l'insuffisance des moyens de fixité que nous venons de rappeler conduit à la rétroversion. Prenons comme exemple une femme après accouchement. Supposons retardée pour une raison quelconque, l'involution utérine. La matrice dont le poids est alors très accru se porte en avant ou en arrière, en arrière le plus souvent car la femme est dans le décubitus dorsal. Les troubles circulatoires qu'entraîne cette position vicieuse ne font qu'accroître la lésion. Pour permettre cette rétroversion il faut le relâchement des fibres qui du sacrum vont à la matrice (fibres sacro-recto-vagino-utérines, ligaments utéro-sacrés, utéro-lombaires).

Dans d'autres cas, c'est la faillite de la musculature pelvienne qui engendre la rétroversion comme elle engendrera plus tard le prolapsus utérin, car la rétroversion n'est souvent que le premier stade du prolapsus.

2). — *Rétroversion par inflammation ou infection péritéritine.* — Ici le processus pathogénique est facile à

1. MACKENRODT. *Ann. f. Gynæk*, 1895, XLVIII, p. 393.

saisir : une salpingo-ovarite infectieuse se déclare et menace le péritoine ; celui-ci se défend par la production d'adhérences, et, pour limiter le mal, emprunte aux organes voisins toutes qu'ils peuvent donner. L'utérus se laisse attirer en arrière, des tractus de plus en plus rétractiles le fixent bientôt dans cette nouvelle position et la rétroversion est constituée.

Ailleurs une pelvipéritonite *post partum* affaiblit la sangle périnéale, organe de soutien de la matrice. Celle-ci, grosse, congestionnée et infectée elle aussi se laisse choir en arrière en rétroversion. Des adhérences s'établissent qui rendent irréductible la malposition. D'après Schultze (1), ce serait la périmérite ou la paramérite postérieure qui serait l'agent de la rétroversion.

En somme, toute inflammation ou toute infection juxta-utérine, quelle que soit son origine, peut conduire directement ou indirectement à la rétroversion. Tantôt l'inflammation a pour conséquence d'affaiblir la musculature pelvienne ; tantôt elle amène la production d'adhérences qui agissent sur l'utérus ; tantôt enfin l'ovaire et la trompe malades, prolapsés dans le Douglas, attirent la matrice en arrière par l'intermédiaire des ligaments, en particulier du ligament utéro-ovarien.

2° CAUSES PRÉDISPOSANTES. — De toutes les causes prédisposantes à la rétroversion la *puerpéralité* est à coup sûr la plus importante. La puerpéralité comprend, comme on sait, la grossesse, le travail, les suites de

1. SCHULTZE, *loc. cit.*

couches. Nous avons déjà montré comment l'invololution utérine retardée peut être le prétexte d'une rétroversion. Nous allons nous occuper surtout maintenant de la *grossesse*. La grossesse a pour effet d'affaiblir le plancher pelvien et de tirer, de distendre les ligaments. Elle prépare donc l'affaiblissement et l'insuffisance fonctionnelle des moyens de fixité de l'utérus. Mais sans chercher si loin, le mécanisme est parfois plus simple. Dans certains rétrécissements du bassin, l'angle sacrovertébral proéminent fait obstacle à l'ascension de l'utérus gravide, ou bien des adhérences anciennes bien tolérées jusqu'alors maintiennent fixe en arrière l'utérus qui se place alors en rétroversion. Aussi conçoit-on que la rétroversion soit bien plus fréquente chez les femmes enceintes, toutes proportions étant gardées d'ailleurs.

La *multiparité* prédispose manifestement à la rétroversion. Les chiffres nous le disent. Charles (de Liège), cité par Lepage (1), a montré que sur 79 femmes présentant une rétroversion de l'utérus gravide, il y a 13 primipares et 66 multipares, soit 1 primipare pour 5 multipares. Cela se conçoit aisément quand on songe combien les grossesses répétées agissent défavorablement sur la tonicité des muscles du périnée et la résistance des liens ligamenteux et aponévrotiques qui sont la sauvegarde de la statique utérine.

Il est inutile après cela d'insister sur l'influence du

1. RIBEMONT, DESSAIGNE ET LEPAGE. *Précis d'obstétrique*, 5^e édit. p. 739.

mariage, de la *fécondité*, de la *stérilité*. Emmet a dressé à ce sujet des statistiques longues et compliquées (1), pour établir la fréquence des versions utérines chez les femmes mariées, célibataires, fécondes, stériles, etc. Il ne semble pas ressortir de ces statistiques autre chose que ce que nous venons de dire. Le mariage et la fécondité ne sont pas eux-mêmes des facteurs ayant une importance quelconque. Ce qui importe, c'est la grossesse, ce sont surtout les grossesses multipliées.

La ménopause a-t-elle une influence ? On a signalé des rétroversions qui s'observent après la ménopause et évoluent silencieusement. Mais, ainsi que l'explique Pichevin (2) elles, « relèvent de troubles pelviens qui ressortissent aux mêmes causes et qui ont une pathogénie semblable à celle qui explique la culbute de l'utérus en arrière après l'accouchement ».

La ménopause n'a donc pas d'influence propre.

On attribue encore une influence préparatoire à la *brièveté de la paroi antérieure du vagin*, à la *plénitude habituelle de la vessie*, surtout quand cet état coïncide avec une paroi vaginale trop courte, à la *béance de la vulve avec déchirure périnéale*, au *développement anormal de la partie antérieure du col* soit par suite du développement de *fibromyomes interstitiels* dans son épaisseur, soit par suite de *simples modifications nutritives*.

1. EMMET, *La pratique des maladies des femmes*. Traduit par A. OLIVIER, Paris, 1887, p. 256 et sq.

2. PICHEVIN, in *Traité de Chirurgie*. LE DENTU, DELBET, T. X, p. 340.

Enfin il est un facteur sur lequel Richelot (1) a particulièrement insisté, c'est la *diathèse neuro-arthritique*. Les femmes arthritiques et nerveuses à la fois auraient une tendance marquée au relâchement des tissus fibreux. Débilité constitutionnelle des ligaments, des muscles, des aponévroses, troubles mécaniques primitifs, sans infection initiale, sans grossesse. Ce sont à proprement parler des ptosiques ; et de fait, ces femmes présentent aussi de la gastropiose, de l'entéroptose, de la néphroptose, de la panoptose abdominale. L'utérus participe au processus ptosique et sa ptose se fait en arrière en produisant la rétroversion.

1. RICHELOT. *Nature et traitement de la rétroversion utérine*
Annales de gynécologie, novembre 1898, p. 328.

ÉTUDE CLINIQUE

La symptomatologie des rétroversions utérines est essentiellement polymorphe, et l'on conçoit d'ailleurs qu'il ne puisse en être autrement, si l'on songe à la multiplicité des façons d'être de l'utérus, et au nombre possible des lésions concomitantes. Qu'on se souvienne des données de l'anatomie pathologique ; l'utérus, tantôt gros, congestionné, hypertrophié, tantôt petit, resté à l'état infantile ! Qu'on se souvienne de la dissemblance des cas que nous avons rapportés plus haut quand nous avons montré que l'utérus peut être mobile, ou qu'il peut être au contraire adhérent, que les annexes peuvent être saines ou, au contraire, très malades ! De cette variété des lésions découle forcément une grande diversité de formes cliniques. Ce sont ces multiples types cliniques que nous allons maintenant étudier.

FORME LATENTE. — Il faut d'abord reconnaître que la rétroversion peut être silencieuse, sans expression symptomatique aucune. La lésion existe, mais elle ne

détermine aucun phénomène morbide. Il y a latence absolue. Ce sont ces formes que révèle seul un examen fortuit de la malade, véritables trouvailles d'examen, sans physionomie clinique comme aussi sans intérêt pratique.

Qu'on ne dise pas que ces formes latentes sont rares. Elles sont, au contraire, très fréquentes, et comprendraient, si l'on en croit Olshausen (1), la moitié des rétroversions utérines.

C'est dans ce groupe des formes latentes qu'il faut ranger les rétroversions congénitales et les rétroversions infantiles, au moins pendant leur période initiale.

FORME A DÉBUT AIGU. — Comme antithèse aux formes latentes, nous citerons les formes à début bruyant. Brusquement à l'occasion d'une chute, d'un effort violent, chez une femme jeune, en dehors de la puerpéralité, apparaissent des douleurs hypogastriques, très vives, avec ténésme rectal, dysurie, métrorrhagie. Ou bien la femme est prise de nausées, de vomissements, de sensibilité générale de l'abdomen et paraît présenter une péritonite. Le diagnostic fait erreur si l'on ne pratique pas le toucher vaginal et si l'on ne redresse pas manuellement l'utérus, ce qui fait cesser tous les symptômes.

Bien plus souvent, ces phénomènes inquiétants apparaissent chez des femmes en état puerpéral. Martin (2)

1. OLSHAUSEN. *Traitement des rétrodéviations de l'utérus* (*Zeitschr. für Geburt. und Gynæk*, Berlin 1898, B. XXII).

2. AUG. MARTIN, *Traité des maladies des femmes*, traduit par VARNIER et WEISS, Paris, 1889.

a avancé qu'ils seraient toujours dus à une rétention partielle du placenta inséré sur la paroi antérieure.

FORME A DÉBUT LENT. — Le plus souvent la rétroversion utérine a une allure moins bruyante et c'est peu à peu, lentement, insidieusement que les symptômes apparaissent. Même lorsque la rétroversion a été tout d'abord latente, et qu'elle commence à déterminer des troubles, ceux-ci se montrent sans bruit et n'attirent d'abord que médiocrement l'attention de la malade. Un état de constipation habituelle, une sensation de pesanteur sur le rectum, de fréquentes envies d'uriner, des douleurs pelviennes, tels sont les premiers troubles dont se plaignent les patientes et pour lesquels elles viennent au médecin.

Si l'on examine la malade à la période d'état de l'affection, on note un ensemble de phénomènes fonctionnels et physiques que nous allons maintenant décrire.

SIGNES FONCTIONNELS. — Les *troubles de la menstruation* sont chose habituelle dans la rétroversion, encore qu'ils soient moins constants que dans la rétroflexion. Les règles sont augmentées dans leur durée et leur quantité, il y a ménorrhagie. Elles reviennent après vingt ou vingt-deux jours, parfois tous les quinze jours, comme nous l'avons noté dans l'une de nos observations personnelles. Elles sont douloureuses, mais cette dysménorrhée est moins fréquente et moins vive que dans la rétroflexion, qui détermine une diminution du calibre du canal intra-utérin au point de plicature de l'organe. Elles persistent enfin longtemps et retardent notablement la ménopause.

Ces hémorragies sont dues naturellement à l'endométrite concomitante vraie ou fausse, conséquence des troubles circulatoires inhérents à la rétroversion. C'est dire qu'ils ne sont pas constants et ne constituent pas un phénomène nécessaire de la symptomatologie.

La *leucorrhée* est dans le même cas. Signe de métrite, elle n'existe qu'autant que la métrite, complication contingente de la rétroversion, existe elle-même. Il faut savoir cependant qu'elle peut révéler une pseudo-métrite par le mécanisme que nous avons exposé au chapitre de l'anatomie pathologique. Cette distinction entre la leucorrhée symptomatique de métrite vraie et la leucorrhée symptomatique de fausse métrite est importante, car l'indication thérapeutique est différente dans les deux cas. Le redressement utérin fait disparaître la fausse métrite et l'écoulement leucorrhéique qu'elle provoquait. Au contraire, la métrite vraie persiste après redressement de la matrice et la leucorrhée aussi.

En dehors des troubles menstruels et de la leucorrhée, la rétroversion détermine des symptômes dus à la compression par l'utérus de la vessie, du rectum et des nerfs du voisinage.

Les *troubles de compression vésicale* entraînent la pollakiurie ou, plus exactement, les envies fréquentes d'uriner. Ces envies ont ce caractère particulier de ne se produire que le jour et de cesser presque entièrement la nuit, ce qui indique qu'il ne s'agit pas d'une cystite, mais d'un trouble fonctionnel de la vessie. De plus, les mictions sont parfois douloureuses. Enfin, quand la

compression est plus forte et porte sur le col de la vessie ou sur l'urèthre, on peut voir apparaître la rétention d'urine. Mais c'est là une complication plutôt qu'un symptôme et nous y reviendrons quand nous étudierons les accidents qui compliquent la rétroversion.

Les *troubles de compression du rectum* sont le ténesme, la douleur à la défécation, et surtout la constipation. Ici encore la compression peut être assez intense pour faire obstacle au cours des matières et déterminer des phénomènes d'obstruction ou d'occlusion intestinales. Mais c'est plutôt le fait des rétroversions gravidiques et nous réservons cette étude pour plus tard.

Les *douleurs* dans la rétroversion ne tiennent pas seulement à la compression des nerfs pelviens ; elles reconnaissent d'autres causes — la métrite concomitante, par exemple — qui leur donnent un caractère d'extrême variabilité.

Ordinairement les douleurs ont leur siège à la région hypogastrique, à la région lombaire et au périnée. De là elles irradient dans les directions les plus diverses, en haut sur les flancs ou la colonne vertébrale, en bas, vers la vulve, la racine des cuisses, et surtout vers les membres inférieurs. Leur caractère est variable : sensation de pesanteur périnéale qu'accentue la marche, que calme le décubitus ventral et qu'exacerbent singulièrement les périodes menstruelles ; sensation de lourdeur au niveau de l'anus ou de la vulve ; sensation de corps étranger intrapelvien.

A côté de ces douleurs très tolérables il y a parfois des douleurs aiguës, survenant par crises, au point que la station debout soit impossible et tout travail supprimé.

Le coït augmente les douleurs ; certaines femmes ne peuvent même tolérer aucun commerce sexuel à cause des douleurs qui en résultent. On peut chez ces femmes se rendre compte de l'extrême sensibilité de la matrice par le toucher vaginal ; le doigt détermine, en effet, des douleurs intenses.

La compression des nerfs pelviens entraîne leur altération et fait sentir ses effets dans le territoire moteur et sensitif du plexus sacré. On a signalé la faiblesse des muscles, la parésie motrice et même la paralysie vraie. Ces phénomènes sont parfois unis plus souvent bilatéraux.

Phénomènes réflexes. — Les rétroversions s'accompagnent d'une série de troubles réflexes. Les plus importants sont les troubles nerveux, digestifs et cardiaques dont l'ensemble forme ce que Pozzi a appelé le *syndrome utérin*.

Les *troubles nerveux* observés sont la céphalée, simple mal de tête ou migraine vraie, des sensations pénibles diffuses ou localisées en des points déterminés variables d'ailleurs de malade à malade.

Les *troubles digestifs* se traduisent par la perte de l'appétit ; la difficulté des digestions, les régurgitations après le repas, des douleurs au creux de l'estomac, exceptionnellement des vomissements incessants.

Comme *troubles cardiaques* on note chez les malades

des palpitations, une sensation de poids sur la région précordiale pouvant simuler parfois la fausse angine de poitrine.

On comprend aisément que dans ces conditions, les malades versent aisément dans la *neurasthénie génitale*. Leur caractère s'assombrit, le rire et le pleurer pour raisons futiles alternent. Elles sont irascibles, d'une grande mobilité de caractère, mais le plus souvent tristes. Ce tableau est surtout accentué chez les femmes neuro-arthritiques.

Enfin on a signalé les phénomènes réflexes les plus invraisemblables à propos de la rétroversion : la *toux quinteuse*, l'*asthme*, l'*aphonie*, la *chorée*, et même l'*hystéro-épilepsie*.

SIGNES PHYSIQUES. — L'inspection, la palpation et la percussion de l'abdomen ne fournissent aucun symptôme de valeur et c'est l'examen combiné par le toucher vaginal et le palper abdominal qui fournit les éléments du diagnostic positif.

Au toucher vaginal on tombe de suite sur l'orifice externe du col qui est dans le prolongement de l'axe du vagin, au lieu de faire avec lui angle aigu ouvert en avant. Dans d'autres cas, ce sont les plus fréquents, l'orifice cervical regarde en avant et en haut.

Si l'on explore alors le cul-de-sac vaginal antérieur et qu'on le déprime fortement, on ne trouve pas le corps utérin en avant comme à l'état normal. On plonge alors la main gauche sur le bassin en déprimant fortement la paroi abdominale, et l'on sent le fond de la matrice qui s'est porté en arrière. Si on porte

le doigt qui pratique le toucher vaginal dans le cul-de-sac postérieur, on peut tenir entre les deux mains la matrice tout entière et la mobiliser lorsqu'elle peut l'être.

On s'aperçoit par cette manœuvre que l'utérus est ou n'est pas mobile et nous rappelons, à ce sujet, que Trélat (1) avait divisé les rétroversions en trois classes d'après le degré de mobilité de l'utérus :

- 1^o Rétroversions réductibles (utérus tout à fait mobile).
- 2^o ——— résistantes (utérus difficilement mobile).
- 3^o ——— adhérentes (utérus immobile).

Dans les rétroversions résistantes ainsi que dans les rétroversions adhérentes de Trélat, l'utérus a contracté des adhérences; mais dans le premier cas les adhérences sont constituées par les tractus fibreux et longs que nous avons plus haut décrits; dans le second par des adhérences intimes ayant amené la fusion de l'utérus et de l'organe auquel il adhère. Il s'ensuit que dans le premier cas l'utérus se laissera réduire avec quelque difficulté, pour reprendre sa position dès qu'on l'aura abandonné, tandis que dans le second cas, toute réduction manuelle sera impossible.

L'*examen au spéculum* ne donne aucun renseignement sérieux. Tout au plus montre-t-il l'orifice du museau de tanche dirigé en haut et en avant, mais c'est là une donnée bien insuffisante pour le diagnostic.

Plus intéressantes sont les indications fournies par l'*hystérométrie*. Elles montrent que le corps et le col

1. TRÉLAT. *Cliniques chirurgicales*, t. II, p. 674.

sont dans le prolongement l'un de l'autre au lieu d'être en antéflexion physiologique. De plus la pointe de l'hystéromètre se dirige en arrière et en bas au lieu d'aller en haut et en avant comme dans les cas normaux. Enfin on peut dans les rétroversions mobiles redresser l'utérus à l'aide de l'hystéromètre.

Le *toucher* rectal sera souvent le complément de l'examen. Il permettra de sentir dans le cul de-sac recto-vaginal la saillie du corps utérin, dure, uniforme, arrondie.

L'examen des annexes terminera l'exploration physique. Nous y reviendrons d'ailleurs à propos du diagnostic.

ÉVOLUTION ET COMPLICATION

L'évolution des rétroversions utérines est ordinairement lente. L'affection peut donner lieu à des troubles supportables pendant toute la vie. Ou bien, tout d'abord bien tolérée, elle peut devenir brusquement douloureuse soit à l'occasion d'une infection du conduit génital, soit à cause de la nervosité personnelle de la malade. Des adhérences peuvent se former qui compliquent naturellement le tableau clinique.

En général la rétroversion n'a aucune tendance à la guérison spontanée. On a observé cependant la reposition de l'utérus à la suite de la grossesse. Aussi certains auteurs considèrent ils la grossesse comme une éventualité désirable. C'est là chose discutable et que nous discuterons d'ailleurs au chapitre que nous consacrons à la rétroversion gravidique.

Quant aux complications vraies de la rétroversion non gravidique, on conçoit qu'elles existent à peine puisqu'elles relèvent toutes de la compression qu'exerce l'utérus sur les organes voisins. Or l'utérus, même

en rétroversion très prononcée, lorsqu'il est normal sans hypertrophie métritique surajoutée, sans fibromes ni autres tumeurs incluses dans sa paroi, n'a pas un volume assez considérable pour déterminer autre chose que les troubles que nous avons signalés déjà et auxquels nous refusons le nom de complications.

Les véritables complications (occlusion intestinale, rétention d'urine, infection des voies urinaires, paraplégie) s'observent au cours des rétroversions gravidiques seulement. Nous allons les étudier plus loin après avoir exposé la phénoménalité clinique des rétroversions gravidiques non compliquées.

♦

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Nous avons voulu étudier séparément la rétroversion de l'utérus gravis, car de tous les cas de rétroversion ceux qui se produisent chez la femme enceinte sont les plus importants et les plus graves. Nous avons placé ce chapitre au milieu de l'étude clinique parce que c'est surtout au point de vue clinique que la rétroversion a un intérêt capital, à cause de la haute gravité des accidents qu'elle peut produire lorsqu'elle n'est pas diagnostiquée et traitée en temps voulu. Cependant nous allons rapidement rappeler les conditions étiologiques dans lesquelles elle se manifeste.

C'est dans les premiers mois de la grossesse, ordinairement le troisième ou le quatrième mois, que la rétroversion se produit. Elle est rare avant le troisième mois, encore plus rare du quatrième au cinquième mois, et impossible après le cinquième mois, car, à partir de cette époque, le globe utérin est trop volumineux pour basculer et se loger dans la concavité sacrée. Dans les premiers mois il peut facilement basculer, mais il peut

tout aussi facilement reprendre sa position normale. Au contraire, vers le troisième et le quatrième mois, il a juste le volume nécessaire pour occuper, *in toto*, l'excavation pelvienne, comprimer les organes adjacents et déterminer des troubles sérieux.

Il faut cependant faire une place à part pour les rétroversions antérieures à la grossesse. L'utérus se développe, atteint et dépasse le détroit supérieur sans occasionner de troubles. Mais parfois des adhérences le fixent aux parois de l'excavation ou au plancher pelvien et empêchent son ascension ; on découvre alors la rétroversion en examinant la malade. Mais le fait qu'une femme atteinte de rétroversion peut, devenue enceinte, ne ressentir aucun accident du fait de la déviation utérine, nous indique les accidents symptomatiques parfois observés, qui doivent se produire dans des conditions spéciales, à la faveur de dispositions anatomiques pathologiques.

C'est, en effet, chez les femmes qui présentent un rétrécissement du bassin, chez certaines rachitiques ayant une courbure exagérée du sacrum, ou une saillie anormale du promontoire que s'observe surtout la rétroversion. D'autres fois on ne trouve à incriminer comme circonstance adjuvante que le poids des anses grêles sur l'utérus ou la surcharge fécale de l'S iliaque.

Enfin la rétroversion peut être de cause traumatique, consécutive à un coup, une chute. Plus souvent un effort de vomissement, de défécation, de miction, de toux, un fardeau soulevé sont l'occasion de la rétroversion. Celle-ci dans ces cas se déclare alors brusque-

ment, et nous retrouvons ici les *formes à début aigu* que nous avons étudiées précédemment.

Le plus souvent cependant le début est lent et l'affection se manifeste tout d'abord par des douleurs hypogastriques, inguinales ou lombaires, du ténesme vésical ou anal, de la dysurie, de la constipation. Puis l'utérus gravitant franchement en arrière se met en rétroversion totale et détermine divers troubles dont le plus important est à coup sûr la *rétention d'urine*.

Ici une question se pose d'abord : on a prétendu que la rétention d'urine était une cause et non un effet de la rétroversion, et l'on retrouve l'exposé de ces discussions dans nos traités classiques (1). On a dit que la plénitude habituelle de la vessie était la cause de la chute en arrière de la matrice. Pour notre part, nous pensons juste l'inverse de cette théorie ; nous sommes convaincus que la rétroversion est le phénomène proto-pathique, que l'utérus basculé avec son col en arrière en position sacrée, son col en avant en position rétro-pubienne menace et comprime peu à peu l'urèthre. Les urines s'écoulent d'abord difficilement puis ne s'écoulent plus. Il y a alors rétention, mais cette rétention est secondaire et consécutive à la rétroversion. C'est donc un effet et non une cause. Ce qui le prouve d'une façon incontestable, c'est que lorsqu'on veut explorer l'urèthre on a de la peine à introduire le cathéter à boule olivaire ; que l'on peut faire uriner spontanément

1. TARNIER ET BUDIN. *Traité de l'art des accouchements*, 2^e édit., p 227.

la femme en lui redressant seulement sa matrice ; enfin qu'une cystite gangréneuse peut être la conséquence de cet état et ne saurait, dans ces cas, relever d'une autre cause que de la compression de l'urèthre ou du col vésical par le col utérin.

Nous avons observé deux cas de ce genre qui ne nous ont laissé aucun doute à cet égard. Nous les rapportons à la fin de notre étude.

Nous avons dit que les femmes enceintes atteintes de rétroversion venaient consulter le plus souvent parce qu'elles ne peuvent pas uriner. Dans d'autres cas elles ont seulement de la dysurie et parfois de l'incontinence. Donc, cliniquement, trois cas : *dysurie, incontinence, rétention*.

Nous allons montrer comment ces trois cas reconnaissent un même processus pathogénique et ne sont que trois degrés progressifs de compression uréthrale.

A une compression modérée correspond la dysurie. Le calibre de l'urèthre est diminué et les malades ont quelque peine à uriner. La miction, outre qu'elle est difficile, est douloureuse ; à ce symptôme on pourrait donner le nom de mictialgie (douleur à la miction). Les mictions sont fréquentes et les malades s'illusionnent sur cette fréquence des mictions, croient qu'elles émettent beaucoup d'urine.

Il n'en est rien, en réalité, car on peut dans ces cas, après que la malade a uriné, retirer encore par sondage une certaine quantité d'urine. Il y a donc déjà de la rétention incomplète. En résumé, ce premier degré de compression se traduit par l'ensemble suivant de

symptômes : dysurie, mictialgie, pollakiurie, rétention incomplète.

Quand la compression est plus marquée, la vessie ne se vide jamais. Les mictions sont pénibles et les malades n'urinent que goutte à goutte par regorgement. Il y a incontinence, mais cette incontinence est due naturellement à la rétention incomplète et traduit un degré sérieux de compression urétrale ou vésico-mithrale.

Enfin lorsque la compression atteint son maximum, les mictions ne se font plus du tout et la vessie se distend davantage. On voit alors le globe vésical monter au-dessus du pubis jusqu'au voisinage de l'ombilic. Toute la masse tendue, douloureuse et rénitente est mate à la percussion. Aussi ne faut-il pas perdre de temps et agir de suite. Faire d'abord un diagnostic exact, reconnaître la cause de la rétention, réduire la rétroversion, et vider la vessie.

Faute d'agir vite et bien on peut permettre l'infection de la vessie ou la cystite gangréneuse. Mais ce sont là des complications que nous étudierons plus loin. Nous réservons aussi, pour le même chapitre l'étude, de l'occlusion intestinale dans les rétroversions gravidiques. Nous passons sous silence les autres troubles fonctionnels que l'on peut rencontrer dans la symptomatologie de rétroversion gravidique. Ce sont les mêmes que nous avons déjà étudiés pour les rétroversions non gravidiques, nous ne ferions que nous répéter. Nous allons dire seulement quelques mots des signes physiques spéciaux à la femme enceinte atteinte de rétroversion.

Le toucher vaginal montre que le col est en avant et

en haut, parfois si haut qu'il est inaccessible au doigt. En arrière on sent dans l'excavation pelvienne le corps de l'utérus gros, très augmenté de volume suivant l'âge de la grossesse. En combinant le palper et le toucher on perçoit mieux encore la masse utérine. On a ainsi l'utérus entre les deux mains et l'on peut apprécier sa situation exacte, sa consistance, son volume, tous les caractères qui permettront un diagnostic certain.

Tous ces caractères nous les avons déjà en partie étudiés avec les rétroversions en dehors de l'état puerpéral. Ce qui appartient en propre à la grossesse, c'est le volume de l'utérus, et les signes fournis par l'auscultation. Pour pratiquer l'auscultation, on placera le stéthoscope au-dessus de la symphyse pubienne, et l'on entendra alors non pas les battements du cœur fœtal qui n'apparaissent que vers 4 mois 1 2, époque où les rétroversions sont rares, mais le souffle utérin. Il est bien évident qu'il faut avoir eu soin de vider la vessie avant de pratiquer cet examen, si l'on veut le faire fructueusement.

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS DE LA RÉTROVERSION GRAVIDIQUE

L'évolution de la rétroversion gravidique est variable. Trois cas peuvent se présenter :

- 1° Réduction totale de l'utérus ;
- 2° Réduction partielle de l'utérus ;
- 3° Non-réduction de l'utérus.

1° *Réduction totale de l'utérus.* — Spontanément ou sous l'influence de manœuvres appropriées, l'utérus est réduit et monte, en se développant au-dessus du détroit supérieur pour se développer. La grossesse suit son cours normal et tout va bien.

2° *Réduction partielle de l'utérus.* — Nous employons le terme de « réduction partielle » simplement pour faire image. En réalité, dans l'éventualité que nous envisageons, il n'y a aucune réduction, mais la paroi antérieure de l'utérus prend un développement prédominant, de sorte que, la paroi postérieure restant accolée à la concavité sacrée, le développement de l'œuf se fait tout de même. Il y a développement partiel de

l'utérus. La plupart des accoucheurs ont rapporté ou observé des cas de ce genre dans le cours de la rétroversion. On a donné à ces rétroversions le nom de *rétroversions partielles*. La grossesse dans un tel utérus peut aller jusqu'à terme, mais il n'est pas rare qu'elle soit interrompue. Il n'est pas rare non plus que les complications se produisent.

Ce qu'il faut bien savoir c'est que le diagnostic peut être difficile lorsqu'on examine la femme au huitième ou neuvième mois de sa grossesse sans avoir assisté à ce développement anormal de l'utérus. Il faut dans ces cas faire un interrogatoire très serré pour recueillir les renseignements utiles à l'interprétation de ces faits.

3° *Non-réduction de l'utérus*. — Dans une troisième hypothèse, la réduction, même partielle, ne se fait pas. L'utérus qui a élu domicile dans le petit bassin, s'y développe ; mais il ne tarde pas à gêner les autres organes par son accroissement progressif et à produire par compression les complications que nous allons dire.

Complications par compression veineuse. — La compression veineuse détermine de l'œdème de la vulve et des membres inférieurs, œdème énorme et douloureux. Quelquefois l'œdème se généralise et s'étend à tout le corps. Il n'est guère possible dans ce dernier cas d'attribuer cette généralisation œdémateuse à la seule compression et il n'est pas possible de ne pas penser à la phlébite. Disons d'ailleurs que ces cas sont loin d'être fréquents.

Complications par compression nerveuse. — La compression porte sur les nerfs du plexus sacré et en par-

ticulier sur la branche terminale de ce plexus, le nerf sciatique. La conséquence en est tantôt une *sciatique double*, tantôt une vraie *paraplégie*. Cette paraplégie détermine une paralysie des muscles des deux membres inférieurs : la femme ne peut ni monter ni se tenir debout. Dans certains cas elle est entièrement privée de tout mouvement volontaire. Des troubles sensitifs, sous forme d'hyperesthésie d'abord, d'anesthésie ensuite apparaissent. Les réflexes tendineux sont altérés. Enfin quand ces troubles persistent assez longtemps on peut voir se produire l'amyotrophie.

On a discuté le mécanisme pathogénique de ces troubles nerveux et certains auteurs ont émis l'opinion qu'il s'agirait de « troubles réflexes », « de paralysie d'origine psychique ». Nous ne pensons pas ainsi, et il nous semble que la compression suffit à elle seule à expliquer de tels désordres. Nous connaissons d'autres faits de ce genre dans les maladies du petit bassin et tout le monde sait qu'un fibrome, un kyste ovarien, une tumeur pelvienne quelconque peut très bien paraplégier les deux membres inférieurs par la compression qu'elle détermine. Le mécanisme de la compression nous suffit largement ; nous ne voyons pas qu'il soit utile de faire intervenir la théorie, si souvent invoquée pour les usages les plus divers, des réflexes...

Complications par compression périnéale. — L'utérus en rétroversion appuyant de tout son poids sur le périnée ne suffirait pas pour produire des troubles mécaniques ; il y a plus que la compression utérine, il y a le développement excentrique de la matrice. Celle-ci

s'appuie d'une part sur la concavité sacrée qui ne bouge pas et, d'autre part, sur le plancher périnéal qui n'a pas la résistance osseuse du sacrum. Le périnée se laisse donc distendre et il tombe au dehors. L'orifice anal s'entr'ouvre, ses bords se tuméfient. Quand les choses en sont à ce point, il arrive que sous un effort de défécation, le périnée se rompe. Cette *rupture du périnée* s'accompagne d'une *rupture de la paroi postérieure du vagin*. Elle ouvre une large brèche par laquelle peut se faire une *hernie de l'utérus*, Mayor de Lausanne, en a rapporté un cas resté célèbre.

Dans d'autres cas au lieu d'une rupture la compression entraîne une *gangrène du vagin ou de l'utérus*.

Complications par compression rectale. — Par le même mécanisme on peut avoir une *gangrène de la paroi rectale*. Cette gangrène laisse, dans certains cas, comme suite une *fistule utéro-rectale*. Mais ces cas sont sujets à caution et il est possible qu'on ait pris pour rétroversion ce qui était simplement une grossesse extra-utérine dans le cul-de-sac de Douglas.

La compression du rectum aboutit plus volontiers à l'obstruction intestinale, à marche lente. Constipation progressive, avec ténésme rectal, tels sont les deux signes du début. Puis la difficulté de la défécation s'accroît et il arrive que le cours des matières soit complètement interrompu : il y a *occlusion intestinale*. La douleur se généralise à tout l'abdomen, le ventre se ballonne, la malade est prise de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et fécaloïdes. La mort ne tarde

pas à survenir si l'obstacle au cours des matières n'est pas levé.

Complications par compression urinaire. — Les complications du côté de l'appareil urinaire sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus graves. Nous avons déjà dit que, pour nous, elles relèvent toujours de la compression, que la rétention est un effet et non une cause de la rétroversion.

La compression peut porter sur l'urèthre (c'est le cas le plus fréquent) sur le col de la vessie ou le corps de l'organe, enfin sur les uretères, au dire de quelques auteurs.

Elle détermine, outre l'*incontinence* et la *rétention* que nous avons déjà étudiées, de la cystite. La cystite peut revêtir divers degrés de gravité. Il y a tantôt de la *cystite légère* avec urine trouble, contenant des débris épithéliaux, un peu de sang ; tantôt de la *cystite purulente* avec un abondant dépôt de pus au fond du vase ; tantôt enfin de la *cystite gangréneuse*. Cette dernière complication qui est extrêmement grave se traduit par des urines putrides contenant des lambeaux sphacélés de muqueuse vésicale. Quand on sonde les malades, si l'on n'a pas soin de pousser une injection pour déboucher l'œil de l'instrument, on n'arrive pas à avoir de l'urine, et l'on peut voir se produire une rétention d'urine.

Les lambeaux sphacélés sont, avons-nous dit, des lambeaux de muqueuse vésicale. Mais parfois la gangrène est plus profonde et atteint la couche musculaire sous-jacente. On trouve alors des fibres musculaires

dans les débris expulsés, comme nous avons pu l'observer nous-même dans un cas. L'urèthre lui-même peut être partiellement expulsé : on en a signalé des cas.

Ces cystites gangréneuses ne sont pas fatales : on a observé parfois la guérison. Dans ces cas la vessie a perdu beaucoup de sa capacité. Elle est petite, rétractée, se dilate difficilement et les mictions sont beaucoup plus fréquentes que normalement.

Le plus souvent la cystite gangréneuse se termine par la mort. Le foyer gangréneux détermine une infection générale avec fièvre, adynamie, prostration et mort. Lorsqu'on examine la vessie, à l'autopsie on trouve alors dans sa cavité une bouillie grisâtre, épaisse, d'odeur putride qui rappelle l'aspect et l'odeur des lésions de la gangrène pulmonaire.

La cystite gangréneuse peut aboutir à la *rupture de la vessie* : l'urine s'infiltre dans la paroi du réservoir et atteint un point faible où l'organe se laisse rompre à l'occasion d'un effort. Deux éventualités sont alors possibles : ou bien des adhérences préalables se sont formées et la cavité vésicale reste close après la chute de l'eschare ; l'organe qui adhère à la vessie fait obstacle à l'expansion du liquide. Au bout d'un certain temps cependant la paroi d'un organe protecteur se sphacèle et une communication s'établit entre cet organe et la vessie. Certaines *fistules vésico-intestinales* ne reconnaissent pas d'autre mécanisme. Ou bien il n'y a pas eu d'adhérences limitantes et l'urine gangréneuse se répand dans la grande cavité péritonéale en détermi-

nant une *péritonite généralisée suraiguë* mortelle.

Enfin la cystite gangréneuse ou purulente, peut être le point de départ d'une infection ascendante des voies urinaires. De là les *pyélites, pyélo-néphrites, abcès néphrétiques et périnéphrétiques* dont les observations nombreuses ont été rapportées.

Complications par compression utérine. — De même que l'utérus comprime les organes voisins et provoque les complications que nous venons de décrire, de même il peut être comprimé, lui aussi, par les parties rigides du pelvis, les os de la ceinture pelvienne. Il est logé dans le petit bassin où il s'enclave ; cette incarcération a pour conséquence presque fatale l'*avortement*, Hortwitz a noté l'avortement dans trente-sept cas sur cinquante-deux femmes atteintes de rétroversion de modalités diverses. Mais dans la variété de rétroversion que nous décrivons l'avortement est presque obligé.

Il se fait à des époques variables et par des mécanismes différents. Il peut se produire avant qu'il y ait enclavement. Plus souvent c'est l'incarcération de l'utérus qui est la cause directe de l'avortement. Et, détail intéressant, l'expulsion du fœtus peut se produire après réduction de la rétroversion, soit que la mort soit due aux troubles de la circulation fœto-placentaire postérieurs au redressement, soit qu'elle lui soit antérieure, l'expulsion ne se faisant pas de suite après la mort du fœtus. Il suffit, pour s'en rendre compte, de pratiquer l'auscultation dès que la réduction s'est produite afin de ne pas laisser inaperçue la mort du fœtus.

DIAGNOSTIC

Les détails dans lesquels nous sommes entrés à propos de l'examen physique des malades atteints de rétroversion nous dispensent d'insister sur le diagnostic positif. Les éléments de ce diagnostic sont fournis par le palper bimanuel principalement, accessoirement par l'hystérométrie et le toucher rectal. Le signe capital est la présence du corps utérin en arrière, au niveau du cul-de-sac postérieur, celle du col en haut et en avant. C'est un diagnostic facile et c'est uniquement pour nous conformer aux usages que nous énumérons certaines affections avec lesquelles on peut confondre la rétroversion.

Un *fibrome* de la paroi postérieure ne peut être pris pour une rétroversion si l'on recherche le corps utérin à sa place normale dans la partie antérieure du petit bassin et si l'on mobilise l'utérus entre la main abdominale et la main vaginale.

Toutes les masses, inflammatoires ou non, toutes les tumeurs pelviennes peuvent donner passagèrement l'il-

lusion de la rétroversion. L'hématocèle, l'ovaire sclérokystique prolabé dans le Douglas seront reconnus, car ils forment des masses distinctes de l'utérus. Celui-ci a conservé sa situation antérieure, il est lisse alors que la masse est irrégulière, il se continue avec le col utérin, continuation qui n'existe pas lorsque c'est une hématocèle qui est dans le Douglas au lieu du corps utérin.

Le diagnostic peut être plus délicat lorsque la rétroversion coexiste avec une salpingo-ovarite enkystée dans le Douglas. Il faut pour faire un diagnostic complet reconnaître les deux lésions : rétroversion et salpingite. Un examen attentif permet généralement d'y arriver.

Dans tous les cas, d'ailleurs, on ne doit pas se contenter de diagnostiquer la malposition de l'utérus, il faut aussi s'assurer que la matrice est ou n'est pas mobile, qu'il y a ou non des lésions concomittantes. Nous avons déjà dit et nous répétons que ces considérations ont une importance considérable pour le traitement.

Lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte, l'idée de la rétroversion doit se présenter à l'esprit toutes les fois que des troubles urinaires tels que la dysurie, la pollakiurie, l'incontinence ou la rétention apparaissent brusquement ou peu à peu. Le diagnostic est ici plus difficile que chez les femmes qui ne sont pas enceintes. Les mêmes affections, dont nous avons déjà parlé, doivent être différenciées d'avec la rétroversion gravidique.

Il est toutefois un diagnostic qui mérite de nous arrê-

ter un instant. C'est la *grossesse extra-utérine siégeant dans le Douglas*. Comme dans la rétroversion, on a des signes de grossesse, des phénomènes douloureux, des troubles de compression vésicale et urinaires. Dans le cul-de-sac de Douglas on trouve une masse qui peut être prise pour une rétroversion. Le diagnostic est évidemment délicat, mais là encore il faut méthodiquement rechercher le corps de l'utérus, constater sa position antérieure, en avant de la masse située dans le Douglas, s'assurer de ses rapports de continuité avec le col utérin et de sa distinction d'avec le kyste fœtal. Les mêmes signes servirent à éviter l'erreur inverse qui consisterait à prendre une rétroversion pour une grossesse extra-utérine.

OBSERVATIONS

Nous ne rapportons ici que trois observations qui, toutes trois, sont personnelles et inédites. Nous avons observé, certes, bien d'autres cas de rétroversion utérine et nous en avons pris la relation écrite, mais ces cas ne présentaient rien de saillant ni de particulièrement intéressant. Nous avons pensé qu'il était inutile de les publier.

Quant aux observations qui ne nous sont pas personnelles, nous les laissons volontairement de côté. Nous nous en sommes servi pour l'étude que nous avons faite en donnant chaque fois l'indication bibliographique précise. Les publier en cette place serait faire un pur travail de transcription, dénué de valeur, autant que d'intérêt.

Observation I

RÉTROVERSION CONGÉNITALE, SILENCIEUSE PENDANT LA VIE,
CONSTATÉE A L'AUTOPSIE

M. V..., 16 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton, le 20 décembre 1905, pour tumeur blanche du genou droit. Elle

est soignée pendant cinq mois et examinée au point de vue génital. On constate une rétroversion qui ne provoque aucun trouble fonctionnel, pas même du côté des fonctions menstruelles qui sont normales.

A l'autopsie, cinq mois après, on a la confirmation du diagnostic. L'utérus est petit, le col plus allongé qu'à l'état normal; le corps utérin tombe en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, il est mobile, sans adhérences. Les annexes sont saines. La muqueuse utérine ne présente aucune altération apparente.

Observation II

RÉTROVERSION GRAVIDIQUE AVEC RÉTENTION D'URINE

Alice L..., 32 ans, entre à la maternité de Saint-Louis le 7 mars 1904.

Enceinte actuellement de quatre mois, la malade a, depuis deux semaines, de la difficulté à uriner, de fréquentes envies d'uriner. Elle perd involontairement de l'urine de temps en temps. Mais, depuis deux jours, elle n'a pas uriné du tout.

A l'examen de l'abdomen on trouve un globe vésical, tendu, douloureux et remontant jusqu'à l'ombilic. Le toucher vaginal montre dans le Douglas une masse qui se continue avec le col utérin. Celui-ci regarde en avant et en haut, si haut qu'on a de la peine à l'atteindre avec le doigt.

La masse utérine étant réductible, on la réduit extemporairement. Aussitôt sous les efforts que fait la patiente, l'urine s'écoule de la vessie (3 litres d'urine).

La malade est gardée à l'hôpital pendant quinze jours sans nouvel accident. Elle rentre quatre mois et demi après pour des couches normales.

Deux semaines après l'accouchement on constate que le corps de l'utérus est en rétroversion manifeste. La malade ne présente aucun trouble saillant du fait de sa rétroversion avant la grossesse. Deux mois après l'accouchement nous la revoyons; elle ne semblait nullement incommodée.

Observation III

RÉTROVERSION GRAVIDIQUE. CYSTITE GANGRÉNEUSE. MORT.

A. B..., malade soignée en ville.

Réglée à 12 ans. Règles normales jusqu'à 20 ans. A partir de cette époque pertes blanches, règles abondantes et prolongées. Retour des règles tous les quinze jours. Douleurs hypogastriques.

A cette époque la malade consulte et on lui trouve de la métrite avec une salpingite gauche.

Les douleurs persistent et s'accompagnent de constipation habituelle, de sensation de pesanteur rectale.

A 22 ans grossesse. Dès le début les douleurs augmentent, du côté du rectum. Il s'y ajoute des douleurs vésicales. Vers le quatrième mois de sa grossesse la malade est prise de rétention, elle n'urine plus du tout, mais on ne s'en occupe pas. Bientôt cependant comme les douleurs sont très vives la malade consulte. Le diagnostic de rétroversion gravidique irréductible est posé. On se met en devoir de vider la vessie. On pose une sonde et l'on retire un liquide d'odeur putride contenant des lambeaux sphacelés. Mais l'état général de la malade étant très précaire on ajourne, après lavage de la vessie, toute autre manœuvre.

Mort dans la soirée. L'autopsie ne put être faite.

CONCLUSIONS

1° Au point de vue *anatomique*, la malposition de l'utérus n'est pas tout. Il y a lieu de tenir grand compte des lésions concomitantes, annexielles ou autress; celles-ci sont, en effet, souvent les lésions primitives et génératrices de la rétroversion.

2° Au point de vue *pathogénique*, la rétroversion relève avant tout de la faillite des moyens de suspension et de soutien de l'utérus (plancher périnéal, ligaments péritonéaux et fibreux). Elle peut aussi avoir pour cause déterminante une inflammation ou une infection para-utérine. Enfin la grossesse a un rôle pathogénique capital.

3° Au point de vue *clinique*, il faut distinguer les fausses métrites et les métrites vraies. Les premières relèvent des troubles fonctionnels qu'amène la rétroversion; ce sont des effets disparaissant par la reposition de l'utérus. Les secondes sont des lésions primitives,

le plus souvent génératrices de la rétroversion, elles persistent après le redressement utérin.

Les complications reconnaissent comme cause la compression des organes de voisinage par l'utérus. La rétention d'urine rentre dans ce cas : elle est un effet de la rétroversion et non une cause.

Vu : le Président de la thèse,

BUDIN

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

BARNES. — *Annales de gynécologie*, 1882, t. XVII, p. 156 et sq.

BUDIN. — *Obstétrique et gynécologie*, p. 525, 1886.

BUDIN ET TARNIER. — *Traité de l'art des accouchements*, t. II, p. 226 et sq.

BOURSIER. — Des métrites dans les déviations de l'utérus (*Sem. Médicale*, 17 août 1895).

BONNET ET PETIT. — *Traité pratique de gynécologie*. Paris, 1894.

CHARPY. — La position de l'utérus (*Arch. de gynécol.*, 1892).

CHARLES (de Liège). — Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse. Bruxelles, 1878.

CAZEAUX ET TARNIER. — *Traité d'accouch.* Paris, 1874, p. 538 et sq.

DE FRANCE. — De la rétroversion utérine pendant la grossesse. *Th. Paris*, 1874.

DUBRISAY ET JEANNIN. — *Précis d'accouchement*. Paris, 1903.

DOLÉRIS. — Leçons sur les déviations utérines (*Prat. méd.*, 1888, II, III).

— Statique utérine et plancher pelvien (*Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1890).

DOLÉRIS ET PICHEVIN. — *La pratique gynécologique*, Paris, 1896.

— Les fausses métrites. Paris, 1895.

DURET. — Des déviations utérines (*Bull. méd.*, 21 août 1895).

EMMET. — *La pratique des maladies des femmes trad. par OLIVIER*. Paris, 1887.

- FOIX. — Des rétrodéviations utérines adhérentes et de leur traitement. *Thèse de Bordeaux*, 1893.
- FRITSCH. — Les déplacements et inflammations de l'utérine. (*Deutsche Chirurgie*, Stuttgart, 1884).
- FERRY. — Valeur comparée de l'hystéropexie directe abdominale et de l'hystéropexie médiate intrapéritonéale par les ligaments ronds dans les rétrodéviations. *Thèse de Paris*, 1906).
- GAILLARD-THOMAS. — Maladies des femmes, trad. par LUTAUD, Paris 1879.
- GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 2^e édition, Paris 1879.
- HART ET BARBOUR. — Manuel de gynécologie, trad. par CROUZAT, Paris 1886.
- KRONER. — *Centr. f. Gynæk.*, n^o 49, 1882.
- KELLY. — Opérative gynécologie, New-York, 1898, 2 vol.
- LE DENTU. — Sur un signe de la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus (*Gaz. méd. de Paris*, 1892, p. 211).
- La crête médiane postérieure du corps de l'utérus envisagée comme signe de rétrodévation (*Bull. Soc. Chir.*, 1895, t. XXI).
- LE DENTU ET DELBET. — Traité de chirurgie.
- LE PAGE ET RIBEMONT-DESSAIGNE. — Précis d'obstétrique.
- LABADIE-LAGRAVE ET LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, Paris 1898.
- LAWSON TAIT. — Traité clinique des maladies des femmes, trad. par Biétrix, Paris 1891.
- MACKENRODT. — *Arch. für Gynæk.*, XLVIII, 1895.
- *Centralbl. für Gynæk.*, 1895, n^o 49.
- *Semaine gynéc.*, 1896, n^o 7.
- MANRIQUE. — Étude sur l'opération d'Alexander, précédée de quelques considérations sur les déplacements de l'utérus. *Th. de Paris*, 1886.
- MARTIN (Aug.). — Maladies des femmes, trad. par VARNIER ET WEISS, Paris 1889.
- OLSHAUSEN. — Traitement des rétrodéviations de l'utérus, Berlin, 1898.

POIRIER ET CHARPY. — Traité d'anat. humaine.

PETIT. — Réflexions cliniques et opératoires sur 66 cas de déviations utérines (*Sem. gynéc.*, 1896, p. 233).

POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire.

— Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, n° 3, mai-juin 1897.

RICHELOT. — Nature et traitement de la rétroversion utérine. *Annales de Gyn.*, novembre 1898, p. 328.

SALMON. — De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. *Th. agrég.*, 1863, Paris.

SCHULTZE. — Traité des déviations utérines. Trad. par HERGOTT, Paris, 1884.

SCHROEDER. — Maladies des org. gén. de la femme, trad. par LAUWERS et HERTOCHÉ, Bruxelles, 1886.

STILLE. — *Centr. f. Gynæk.*, 1882, n° 11, p. 172.

TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique, Paris, 1895.

TRÉLAT. — Clinique chirurgicale, Paris, 1891, t. II. Art. *Rétroversions*.

VANDERHAGEN. — Étiologie, pathogénie et traitement des rétro-déviations utérines, Paris, 1891.

ZIEGENSPECK. — *Arch. f. Gynæk.*, 1887, XXXI, p. 1 et 9.